

Impacto dos comportamentos alimentares no reganho de peso dos pacientes pós-bariátricos

Impact of eating behaviors on weight regain in post-bariatric patients

Letícia Machado Salviano

Resumo

A obesidade é considerada por diversos autores como um problema grave de saúde pública, que propiciar o aparecimento de várias comorbidades, os indivíduos obesos podem ter dificuldade em realizar as atividades da vida diária, tanto laborais como familiares. A cirurgia Bariátrica é a intervenção que melhor se adequa ao tratamento, tendo em vista um longo prazo e atualmente é o tratamento efetivo e duradouro no tratamento das doenças associada. Além da perda de peso, acarreta melhora ou resolução das comorbidades clínicas à obesidade. A partir dos 18 meses, é esperado um reganho de peso de 5 a 10%, mas o reganho acima de 10% é considerado por alguns autores como clinicamente significativo. Vários são os fatores que estão envolvidos no reganho de peso, justifica-se, então, a necessidade de avaliar os comportamentos e hábitos alimentares que contribuem com este reganho, atrapalhando o resultado da cirurgia e qualidade de vida do individuo, como o sedentarismo, falta de acompanhamento nutricional, alimentação inadequada, o consumo de álcool, entre outros comportamentos. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar a interferência dos comportamentos e hábitos alimentares com o reganho de peso de pacientes pós-cirurgia bariátrica. Através das redes sociais foi divulgado um questionário digital e autoaplicável, solicitando dados sócio-demográficas, clinicos e contendo o questionario “Como está sua aliemntação?” e QHCA. Obteve-se 68 respondentes pós-bariátricos com idade minima de 20 anos e após analises foi possivel observar a predominância da técnica By pass e da redução do IMC na maiorias dos participantes, porém apenas 13 participantes tiveram o IMC classificados como eutróficos, a média do IMC atual da amostra é 29,66 Kg/m², classificação de sobrepeso. Em relação ao reganho de peso foram identificado 24 pessoas com recidiva controlada e/ou não controlada. Pelo teste “como está sua alimentação?” apenas 19,12% (n=13) se classificaram como praticante de alimentação e hábitos saudável, a maioria, 61,76% (n=42), devem ficar atentos e o restante obteram má alimentação. Conclui que a cirurgia bariatrica é um dos modos mais efetivos para perca de peso, porém não encerra o

tratamento da obesidade, se faz necessário um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar e uma definitiva mudança no estilo de vida.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Reganho de Peso. Hábitos alimentares. Comportamentos.

Abstract

Obesity is considered by several authors as a serious public health problem, which leads to the appearance of several comorbidities, obese individuals may have difficulty performing activities of daily living, both work and family. Bariatric surgery is the intervention that best suits the treatment, considering a long term and is currently the effective and lasting treatment in the treatment of associated diseases. In addition to weight loss, it leads to improvement or resolution of clinical comorbidities related to obesity. From 18 months onwards, a weight regain of 5 to 10% is expected, but weight regain above 10% is considered by some authors to be clinically significant. There are several factors that are involved in weight regain, so the need to evaluate the behaviors and eating habits that contribute to this regain is justified, hindering the result of the surgery and the individual's quality of life, such as sedentary lifestyle, lack of nutritional monitoring, inadequate diet, alcohol consumption, among other behaviors. In this sense, the objective of this study is to analyze the interference of behaviors and eating habits with weight regain in patients after bariatric surgery. A digital and self-administered questionnaire was released through social networks, requesting socio-demographic and clinical data and containing the questionnaire "How is your diet?" and QHCA. We obtained 68 post-bariatric respondents with a minimum age of 20 years and after analysis it was possible to observe the predominance of the Bypass technique and the reduction of BMI in most participants, but only 13 participants had their BMI classified as eutrophic, the average of Current BMI of the sample is 29.66 Kg/m², overweight classification. In relation to weight regain, 24 people with controlled and/or uncontrolled recurrence were identified. By the test "how is your diet?" only 19.12% (n=13) classified themselves as having a healthy diet and habits, the majority, 61.76% (n=42), should be aware and the rest had a bad diet. It is concluded that bariatric surgery is one of the most effective ways to lose weight, but it does not end the treatment of obesity, it is necessary to follow up with a multidisciplinary team and a definitive change in lifestyle.

Keywords: Bariatric surgery. Weight regain. Eating habits. Behaviors.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada por diversos autores como um problema grave de saúde pública. Esta doença causa transtornos em diversas esferas da vida do paciente. Ela é uma doença crônica multifatorial, que possui como causas diversos fatores que se interrelacionam tais como a dieta, o sedentarismo, possui ainda causas genéticas, psicológicas, culturais, entre outros. Independentemente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a 30kg/m² são classificados como obesos (PINHEIRO, FREITAS e CORSO, 2004).

A obesidade propiciar o aparecimento de várias comorbidades, como hipertensão, diabetes, artropatias, doenças respiratórias, dentre outras, os indivíduos obesos podem ter dificuldade em realizar as atividades da vida diária, tanto laborais como familiares (WHO, 2010).

A Organização Mundial da saúde afirma que mais de 1,9 bilhão de adultos apresentam excesso de peso e, destes, pelo menos 650 milhões são obesos. No Brasil, o número de pessoas obesas também cresceu: em 2006, 42,6% foram considerados com excesso de peso, em 2016 esse índice subiu para 53,8% (KORTCHMAR et al., 2018).

No Brasil também tem sido detectada uma progressão da transição do estado nutricional, onde temos a redução de déficits nutricionais e o aumento do sobre peso e obesidade. Estudos epidemiológicos expõem que a prevalência de excesso de peso vem ultrapassando a de desnutrição em todas as faixas de idade, estratos sociais e demográficos, o que representa fator de risco em curto e longo prazo para o incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (RAMIRES et al., 2014).

Esse período de transição nutricional reforça ainda mais a necessidade de se conhecer e monitorar o estado nutricional das pessoas, devido ao aumento de sobrepeso e obesidade. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) de 2010, a obesidade é mais presente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste quando comparada às regiões norte e nordeste (GUEDES JR et al., 2018).

Dados do Ministério da Saúde em 2019, informam que com excesso de peso têm risco maior de se tornarem adolescentes e adultos obesos. A alimentação tem papel fundamental em todas as etapas da vida, especialmente nos primeiros anos. A antiga associação de que criança gordinha é criança saudável não vale mais, embora muitas pessoas ainda teimam em continuar acreditando nessa perspectiva.

A cirurgia bariátrica é a intervenção que melhor se adequa ao tratamento de obesidade, tendo em vista um longo prazo e atualmente, segundo Mauro et al. (2017), é o tratamento efetivo e duradouro no tratamento das doenças associada. Além da perda de peso, acarreta melhora ou resolução das comorbidades clínicas à obesidade, citadas anteriormente.

O paciente que é submetido à essa cirurgia passa por uma avaliação de uma equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, nutricionista, endocrinologista, anestesista, enfermeiro, intensivista e fisioterapeuta. Para que possa realizar a cirurgia, deve apresentar por mais de dois anos resistência aos tratamentos convencionais de obesidade, além de IMC maior de 40, ou 35, caso esteja aliado a comorbidades (KORTCHMAR et al., 2018).

As cirurgias bariátricas podem ser de três tipos: restritivas, que são aquelas em que o tamanho do reservatório gástrico é reduzido, promovendo no paciente a sensação de saciedade, além de diminuir a velocidade com que o esvaziamento gástrico ocorre. A disabsortivas reduzem a absorção intestinal dos alimentos ingeridos pelo paciente, ao retirar o duodeno e o jejuno do trânsito intestinal do paciente, além de reduzir o estômago. E, a mista, por sua vez combinam as duas anteriores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

A técnica cirúrgica mais adotada é a gastroplastia redutora com derivação gastro jejunal em Y-de-Roux (GRYR). Estima-se que 70% das cirurgias bariátricas realizadas no mundo sejam por esta técnica (BIRCK, 2017). Quando a técnica é testada e aprovada pelos órgãos competentes, passam a ser recomendadas positivamente pelos médicos.

Nos últimos 10 anos, houve um aumento de 300% no número de procedimentos no Brasil de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017 apud MAURO et al., 2017). Esse crescimento se deve, ao aumento da população obesa não apenas no Brasil, mas no mundo todo, como foi visto.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2020), em 2018 foram realizados 63.969 procedimentos e 68.530 em 2019 (aumento de 7%). Demonstrando um gradativo aumento nas realizações de cirurgias. Porém, não havendo mudança comportamental dos pacientes pode-se haver recuperação de peso, principalmente após dois anos (SILVA e KELLY, 2013).

A cirurgia apresenta vantagens significativas, porém não isenta o paciente de riscos, uma vez que como afirma Mauro et al. (2017) podem ocorrer diversas complicações, tais como fístulas, embolia pulmonar, carências nutricionais, hipoglicemia, ou mesmo reganho de peso. É necessário que o paciente que se submeta a esse tipo de cirurgia, cumpra todas as orientações médicas para que se alcance o sucesso esperado.

Para avaliar o sucesso do tratamento, a perda de peso é, segundo Mauro et al. (2017), o principal parâmetro, cuja avaliação é feita, usualmente, pela perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso (PEP) da fase pré-cirúrgica. Outro parâmetro utilizado é o IMC pós-operatório, em que são considerados adequados valores inferiores a 35 kg/m² para indivíduos com IMC pré-operatório menor que 50 kg/m². No caso de indivíduos superobesos (IMC $\geq$ 50kg/m²), espera-se que seja atingido IMC inferior a 40 kg/m² no pós-operatório (MAURO et al., 2017).

Após a realização da bariátrica, o paciente perde peso de forma brusca no pós-operatório imediato. Isso se deve em função dos mecanismos de proteção metabólico e adaptação do paciente à restrição gástrica e ao aumento inicial da saciedade. Ao longo dos 12 primeiros anos, esta perda de peso tende a se estabilizar (MAURO et al., 2017).

A perda de peso promove no paciente a redução da gordura corporal, inclusive a gordura visceral, promovendo assim melhoras metabólicas no paciente tais como, melhor distribuição da glicose, sensibilidade a insulina, menor fluxo de ácidos graxos livres, entre outros. Com isso, o paciente tem a oportunidade de melhorar sua saúde em diversos aspectos (MAURO et al., 2017).

Apesar de muitos pacientes terem uma perda grande de peso, “alguns pacientes não experimentam perdas de peso significativas ou apresentam reganho de peso após um tempo de operados” (KALARCHIAN, 2015). O reganho de peso é o aumento ponderal, após o paciente atingir o menor peso no pós-cirúrgico da cirurgia bariátrica.

Mesmo reconhecendo a elevada predominância de reganho de peso após dois anos de cirurgia, ainda não está bem decidido a partir de qual percentual sua ocorrência deve ser considerada significativa, com piora de comorbidades anteriormente controladas (Silva, 2012). Isto é, com o ganho de peso após a cirurgia, o paciente corre o risco de desenvolver novamente as doenças que foram controladas.

A partir dos 18 meses, é esperado um reganho de peso de 5 a 10%, mas o reganho acima de 10% é considerado por alguns autores como clinicamente significativo. O transtorno da

compulsão alimentar (TCA) é uma das influências a ser considerada, uma vez que o paciente apesar de se sentir saciado pode continuar a apresentar a compulsão alimentar, além de apresentar o hábito de beliscar e assim comer além do que o seu corpo necessita e assim reganhar o peso perdido (MAURO et al., 2017).

Entre 20 a 30% dos pacientes submetidos à cirurgia começam a reganhar peso, em média, após 24 meses de cirurgia. Em média, a maior perda de peso dos pacientes operados ocorre após dois anos, cerca de 70% do excesso de peso; após cinco anos da cirurgia, metade dos pacientes operados ganham 20% do peso perdido; após 10 anos da cirurgia, apenas um terço dos pacientes mantêm o peso perdido nos primeiros dois anos de cirurgia (BIRCK, 2017).

O paciente no pós-operatório é importante que o paciente tenha em mente que a cirurgia não é uma solução eterna e que ele precisa continuar a fazer a manutenção do seu peso, para que evite o reganho de peso. Assim o indivíduo deverá adquirir um novo estilo de vida, adotando hábitos saudáveis e adotando uma dieta equilibrada a fim de evitar o reganho de peso (SILVA e KELLY, 2013).

Os comportamentos relacionados aos hábitos alimentares após a cirurgia têm efeito decisivo na perda de peso e sua manutenção a longo prazo, neste caso, a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos e o cumprimento das orientações nutricionais para chegar no objetivo (JESUS et al., 2017).

Como dito, vários são os fatores que estão envolvidos no reganho de peso, tais como adaptações físicas tais como aumento da capacidade gástrica, que se deve, entre outros fatores ao aumento do volume ingerido, inatividade física, adaptações hormonais, dieta inadequada e falta de acompanhamento nutricional (KORTCHMAR, 2018).

Além dos fatores citados, o comportamento alimentar, pode ser determinante na manutenção do peso do paciente pós-bariátrico. No pós-operatório tardio, Lima (2012) afirma que no pós-operatório tardio a qualidade da nutrição do paciente, principalmente porque ocorre aumento da capacidade gástrica e adaptações hormonais favoráveis ao reganho de peso.

Diante disso, o acompanhamento com a equipe de Nutrição pode contribuir para favorecer melhores escolhas alimentares, evitando-se o consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, e estímulo ao consumo de frutas, hortaliças e fontes de proteína

(FREIRE et al., 2012). O trabalho do profissional de nutrição é muito importante para que o paciente faça a reeducação alimentar de forma completa.

Além disso, grande parte dos estudos realizados utilizam apenas medidas quantitativas para a realização de suas investigações, que não permitem a heterogeneidade das respostas de cada indivíduo. Justifica-se, então, a necessidade de avaliar os comportamentos e hábitos alimentares que contribuem com este reganho, atrapalhando o resultado da cirurgia e qualidade de vida do indivíduo, como o sedentarismo, falta de acompanhamento nutricional, alimentação inadequada, o consumo de álcool, entre outros comportamentos.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar a interferência dos comportamentos e hábitos alimentares com o reganho de peso de pacientes pós-cirurgia bariátrica.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

É uma pesquisa de campo descritiva, sendo de caráter transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa. Este estudo é caracterizado como quantitativo, pois envolverá mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados. Tamanho amostral será definido por conveniência, no qual serão convidados indivíduos de ambos os sexos por meio de redes sociais a responderem um questionário digital através da plataforma Google Forms, sendo a coleta de dados realizada entre Abril/2022 a Junho/2022.

Foram estabelecidas como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 20 a 59 anos que foram submetidos à qualquer uma das técnicas de cirurgia bariátrica. Aqueles indivíduos que não atenderem o critério de inclusão serão excluídos da amostra.

Só participarão do estudo aqueles, que ao serem orientados sobre os objetivos e concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento utilizado para análise foi um questionário digital autoaplicável composto pelos questionários “Como está sua alimentação?” do guia alimentar Como Ter Uma Alimentação Saudável (BRASIL, 2013, p.5-12) e o questionário holandês de

comportamento alimentar (QHCA), validado por Wardle (1987), traduzido e adaptado para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001).

Para a pesquisa não será solicitado nenhum tipo de exame e nem consulta aos prontuários, somente será analisado informações passadas pelo próprio indivíduo no questionário. Os voluntários estarão cientes que, caso queiram, poderão ter acesso a serviço de nutrição na CIASC - Centro Integrado de Atenção à Saúde da Comunidade do Centro Universitário em Vitória (ES).

2.2 COLETA DE DADOS

2.2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes do estudo, que voluntariamente aceitarem participar da pesquisa. Os pesquisadores se comprometerão a manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. Os indivíduos que participarão do estudo serão informados sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (BRASIL, 2012).

2.2.2 VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Para avaliar as variáveis sócio-demográficas será aplicado um formulário digital em que as primeiras sete (7) perguntas abordarão questões referentes à identificação, sendo informado o sexo, idade, renda, escolaridade, se realiza algum acompanhamento nutricional e/ou psicológico, data da cirurgia e técnica utilizada na cirurgia.

2.2.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DADOS CLÍNICOS

Para avaliar o reganho de peso, através do formulário foi adquirido as informações sobre o peso antes da cirurgia, o menor peso conquistado após cirurgia, peso atual, altura, e a partir das informações fornecidas pelo próprio respondente, foi calculado IMC pré e pós-cirúrgico e classificado de acordo com o ponto de corte da tabela 1.

Tabela 1 - Ponto de corte para classificação de IMC para adultos

IMC (kg/m ²)	Classificação	Obesidade Grau/Classe	Risco De Doença
< 18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5 - 24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30 - 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 - 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥ 40	Obesidade	III	Muitíssimo elevado

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Obesidade 4ª Ed., ABESO, 2016; World Health Organization

2.2.4 DADOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES POSTERIORES A CIRURGIA

Para identificação dos hábitos alimentares após a cirurgia, será utilizado o questionário “Como está sua alimentação?” do guia alimentar Como Ter Uma Alimentação Saudável, onde será indagado o consumo diário de doces e/ou produtos açucarados, de processados e ultra processados, de gorduras e/ou frituras, de refrigerantes e/ou sucos industrializados, de verduras e legumes, de saladas e de frutas, além do consumo de alimentos diet e light, de bebidas alcóolicas e a quantidade de refeições diárias. Para definição de resultado, será utilizado o processo de somatório de pontos e como ponto de corte ficará definido: até 28 pontos: má alimentação e hábitos de vida; de 29 a 42 pontos: ter atenção sobre a alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquido; 43 pontos ou mais: uma alimentação e hábitos saudáveis. (BRASIL, 2013, p.5-14)

2.2.5 DADOS SOBRE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Para obter informações dos hábitos comportamentais que interferem na alimentação e no estado nutricional, será utilizado o questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA), validado por Wardle (1987), traduzido e adaptado para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001). O instrumento avalia os estilos alimentares e é composto por três subescalas: alimentação restrita: estilo alimentar relativo ao conhecimento de hábitos nutricionais adequados; alimentação emocional: relativo ao estado emocional do indivíduo; e alimentação externa: relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada às situações sociais. Considera-se a pontuação máxima de 33 pontos, quando maior a pontuação, menos a capacidade de controle alimentar e vice-versa. Para este instrumento o escore adotado é: 17 pontos ou menos: indicam que não há compulsão alimentar; entre 18 e 26 pontos: compulsão moderada e mais de 27 pontos: apontam compulsão alimentar grave.

2.3 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados qualitativos, como técnica de cirurgia aplicada serão apresentados com frequência absolutos e relativos. Já, os dados quantitativos, como respostas dos questionários, serão expostos por meio de média e porcentagem.

Os resultados da pesquisa serão apontados por tabelas e gráficos com o auxílio do software Microsoft Office Excel, ano 2010.

3 RESULTADOS

Foram coletados dados de 68 indivíduos. A caracterização sociodemográfica da amostra representada na tabela 1, mostra que a maioria dos participantes são do sexo feminino com 91,18%, com idade e escolaridade predominante entre 40 e 49 anos (36,76%) e de nível médio (41,18%), respectivamente, e com prevalência de renda familiar de 2 a 6 salários mínimos (52,94%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	62	91,18%
Masculino	6	8,82%
Faixa etária		
20 - 29 anos	10	14,71%
30 - 39 anos	16	23,53%
40 - 49 anos	25	36,76%
50 - 59 anos	14	20,59%
acima 60 anos	3	4,41%
Renda familiar		
até 2 salários mínimos	21	30,88%
2 - 6 salários mínimos	36	52,94%
6 - 10 salários mínimos	6	8,82%
acima de 10 salários mínimos	5	7,35%
Escolaridade		
Nível médio	28	41,18%
Nível superior	18	26,47%
Pós-graduação	22	32,35%

Fonte: Autora (2022)

Referente ao IMC pré-operatório e atual calculado com as informações passadas pelos participantes do estudo, verificou que a média é de 43,90 Kg/m² e 29,66 Kg/m², respectivamente. Sendo que atualmente apenas 13 pessoas se encontram classificados como eutrófico, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Classificação do IMC pré-operatório e atual da amostra

Variáveis	n / Média (DP)	%
IMC		
Pré-cirúrgico	43,90 (6,60)	
Atual	29,66 (6,22)	
Classificação do IMC atual		
18,5 - 24,9 (Eutrófico)	13	19,12%
25 - 29,9 (Sobrepeso)	31	45,59%
30 - 34,9 (Obesidade I)	15	22,06%
35 - 39,9 (Obesidade II)	6	8,82%
> 40 (Obesidade grave III)	3	4,41%

Fonte: Autora (2022)

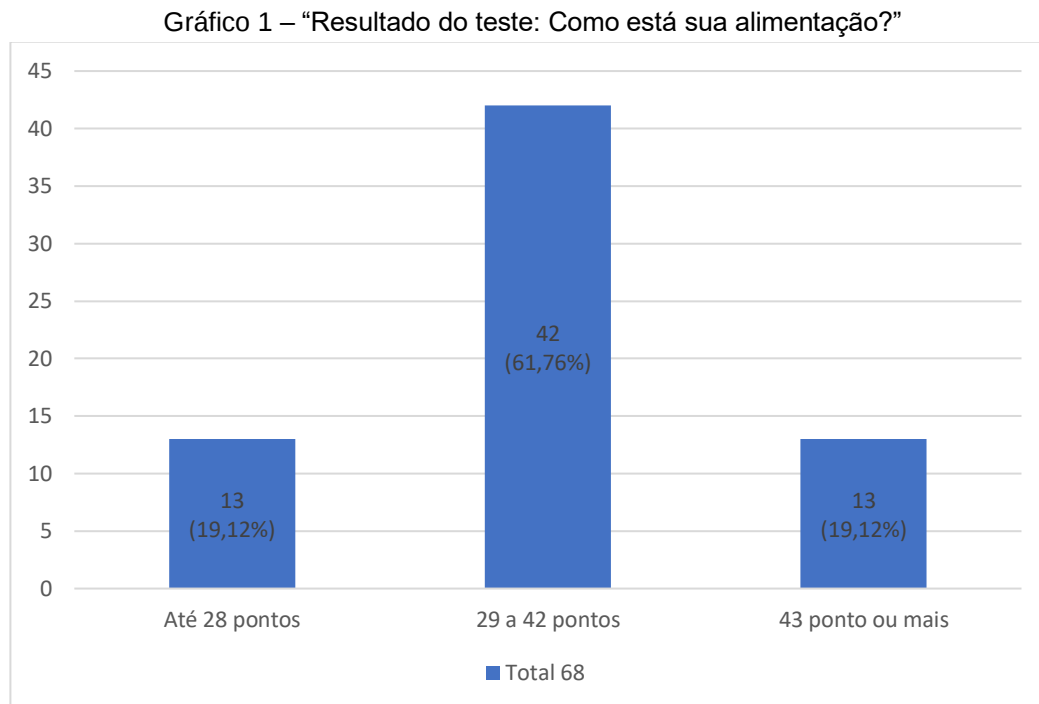
Como observado na tabela 4, a técnica de cirurgia mais predominante é a By Pass, realizada em 76,47% dos respondentes. No que se refere à data da cirurgia, varia-se o período entre os participantes, estabelecendo intervalos, o período com maior prevalência é de 2 a 4 anos. Dentro da amostra foram identificados 24 recidiva de peso controlada ou não.

Tabela 4 – Caracterização da amostra em relação a cirurgia bariátrica

Variáveis	n	%	
Técnica de cirurgia			
By pass	52	76,47%	
Sleeve	16	23,53%	
Data da cirurgia			
até 2 anos	17	25,00%	
2 - 4 anos	18	26,47%	
4 - 7 anos	14	20,59%	
7 - 10 anos	8	11,76%	
acima de 10 anos	11	16,18%	
Reganho de peso			Média de reganho
Até 2 anos			
Ganho de peso esperado	16	94,12%	1%
Recidiva	1	5,88%	52,25%
2 - 4 anos			
Ganho de peso esperado	15	83,33%	10%
Recidiva controlada	2	11,11%	23%
Recidiva	1	5,55%	248,65%
4 - 7 anos			
Ganho de peso esperado	5	35,71%	9,00%
Recidiva controlada	7	50,00%	30,00%
Recidiva	2	14,28%	82,00%
7 - 10 anos			
Ganho de peso esperado	3	37,50%	13,00%
Recidiva controlada	4	50,00%	33%
Recidiva	1	12,50%	61,11%
Acima de 10 anos			
Ganho de peso esperado	5	45,45%	9%
Recidiva controlada	5	45,45%	32%
Recidiva	1	9,10%	51,43%

Fonte: Autora (2022)

De acordo com a classificação do teste "Como está sua alimentação?", verificou-se que os respondentes obtiveram uma média de 35,09 pontos, com predominância de 61,76% na pontuação mediana, ou sejam, devem ficar atentos a sua alimentação, conforme descrito no gráfico 1.



Fonte: Autora (2022)

Na tabela 5, a seguir, se encontra a distribuição dos participantes segundo o consumo de alimentos saudáveis em relação ao ganho de peso esperado ou recidiva controlado e/ou não controlada. Observa-se que a 25% e 20,59% da amostra total não come frutas ou toma suco de fruta natural, e não consome legumes e verduras diariamente, respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo o consumo de alimentos saudáveis em relação as suas classificações.

Teste: "Como está sua alimentação?"	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?			
a. Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias	8 (18,18%)	9 (37,5%)	17 (25%)
b. 3 ou mais	9 (20,45%)	2 (8,33%)	11 (16,18%)
c. 2	13 (29,54%)	11 (45,83%)	24 (35,29%)
d. 1	14 (31,82%)	2 (8,33%)	16 (23,52%)
Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?			
a. Não como legumes, nem verduras todos os dias	8 (18,18%)	6 (25%)	14 (20,59%)
b. 3 ou menos colheres de sopa	18 (40,91%)	5 (20,83%)	23 (33,82%)
c. 4 a 5 colheres de sopa	10 (22,73%)	10 (41,67%)	20 (26,41%)
d. 6 a 7 colheres de sopa	5 (11,36%)	2 (8,33%)	7 (10,29%)
e. 8 ou mais colheres de sopa	3 (6,82%)	1 (4,17%)	4 (5,88%)
Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?			
a. Não consumo	5 (11,36%)	3 (12,5%)	8 (11,76%)
b. 2 ou mais colheres de sopa por dia	21 (47,73%)	12 (50%)	33 (48,52%)
c. Consumo menos de 5 vezes por semana	10 (22,73%)	4 (16,67%)	14 (20,59%)
d. 1 colher de sopa ou menos por dia	8 (18,18%)	5 (20,83%)	13 (19,12%)
Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?			
a. Não consumo nenhum tipo de carne	1 (2,27%)	0 (0%)	1 (1,47%)
b. 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo	11 (25%)	3 (12,5%)	14 (20,59%)
c. 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	17 (38,64%)	12 (50%)	29 (42,65%)
d. Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos	15 (34,09%)	9 (37,5%)	24 (35,29%)
Você costuma comer peixes com qual frequência?			
a. Não consumo	3 (6,82%)	2 (8,33%)	5 (7,35%)
b. Somente algumas vezes no ano	16 (36,36%)	7 (29,17%)	23 (33,82%)
c. 2 ou mais vezes por semana	6 (13,64%)	6 (25%)	12 (17,65%)
d. De 1 a 4 vezes por mês	19 (43,18%)	9 (37,5%)	18 (26,47%)

Fonte: Autora (2022)

Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, presente na tabela 6, a maioria da amostra raramente ou nunca consome alimentos processados, embutidos e frituras

(42,65%), e/ou doces, bolos recheados, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados (45,59%). Sobre a gordura utilizada, 70,59% dos participantes informam que utilizam o óleo vegetal para cozinhar os alimentos em casa e 64,70% costumam tirar a gordura aparente e pele das carnes.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo o consumo de alimentos não saudáveis em relação as suas classificações.

Teste: "Como está sua alimentação?"	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?			
a. Raramente ou nunca	17 (38,64%)	12 (50%)	29 (42,65%)
b. Todos os dias	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
c. De 2 a 3 vezes por semana	11 (25%)	5 (20,83%)	16 (23,53%)
d. De 4 a 5 vezes por semana	1 (2,27%)	2 (8,33%)	3 (4,41%)
e. Menos que 2 vezes por semana	15 (34,09%)	5 (20,83%)	20 (29,41%)
Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?			
a. Raramente ou nunca	22 (50%)	9 (37,5%)	31 (45,59%)
b. Menos que 2 vezes por semana	14 (31,82%)	8 (33,33%)	22 (32,35%)
c. De 2 a 3 vezes por semana	4 (9,09%)	2 (8,33%)	6 (8,82%)
d. De 4 a 5 por semana	2 (4,54%)	3 (12,5%)	5 (7,35%)
e. Todos os dias	2 (4,54%)	2 (8,33%)	4 (5,88%)
Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?			
a. Banha animal ou manteiga	14 (31,82%)	5 (20,83%)	19 (27,94%)
b. Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola	29 (65,91%)	19 (79,17%)	48 (70,59%)
c. Margarina ou gordura vegetal	1 (2,27%)	0 (0%)	1 (1,47%)
Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?			
a. Sim	2 (4,54%)	3 (12,5%)	5 (7,35%)
b. Não	42 (95,45%)	21 (87,5%)	63 (92,65%)
Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?			
a. Sim	30 (68,18%)	14 (58,33%)	44 (64,70%)
b. Não	13 (29,54%)	10 (41,67%)	23 (33,82%)
c. Não como carne vermelha ou frango	1 (2,27%)	0 (0%)	1 (1,47%)

Fonte: Autora (2022)

Sobre os líquidos consumidos, 39,71% consomem 8 copos ou mais de água, 8,82% informaram não consumir leite e seus derivados e 51,47% não consomem bebidas alcoólicas, conforme demonstrado na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo o consumo de leite, água e bebidas alcoólicas em relação às suas classificações.

Teste: "Como está sua alimentação?"	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados que você come por dia?			
a. Não consumo leite, nem derivados	3 (6,82%)	3 (12,5%)	6 (8,82%)
b. 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções	8 (18,18%)	4 (16,67%)	12 (17,65%)
c. 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções	10 (22,73%)	8 (33,33%)	18 (26,47%)
d. 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções	23 (52,27%)	9 (37,5%)	32 (47,05%)
Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?			
a. Integral	16 (36,36%)	11 (45,83%)	27 (39,70%)
b. Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou light)	25 (56,82%)	9 (37,5%)	34 (50,00%)
Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).			
a. Menos de 4 copos	7 (15,91%)	3 (12,5%)	10 (14,70%)
b. 8 copos ou mais	15 (34,09%)	12 (50%)	27 (39,71%)
c. 4 a 5 copos	11 (25%)	5 (20,83%)	16 (23,53%)
d. 6 a 8 copos	11 (25%)	4 (16,67%)	15 (22,06%)
Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?			
a. Diariamente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
b. 1 a 6 vezes na semana	8 (18,18%)	3 (12,5%)	11 (16,18%)
c. Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)	15 (34,09%)	7 (29,17%)	22 (32,36%)
d. Não consumo	21 (47,73%)	14 (58,33%)	35 (51,47%)

Fonte: Autora (2022)

Através do teste, foi identificado que 39,70% do total de participantes não pratica nenhuma atividade física regular. Na tabela 8, a seguir, consta a distribuição dos respondentes segundo práticas e hábitos saudáveis

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo práticas e hábitos saudáveis em relação as suas classificações.

Teste: "Como está sua alimentação?"	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Quantas refeições costuma fazer ao dia?			
a. Menos que 3	2 (4,54%)	3 (12,5%)	5 (7,35%)
b. 3-4	32 (72,73%)	16 (66,67%)	48 (70,59%)
c. 5-6	10 (22,73%)	5 (20,83%)	15 (22,06%)
Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?			
a. Não	16 (36,36%)	11 (45,83%)	27 (39,70%)
b. Sim	11 (25%)	3 (12,5%)	14 (20,59%)
c. 2 a 4 vezes por semana	17 (38,63%)	10 (41,67%)	27 (39,70%)
Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?			
a. Nunca	6 (13,64%)	8 (33,33%)	14 (20,59%)
b. Quase nunca	14 (31,82%)	2 (8,33%)	16 (23,53%)
c. Algumas vezes, para alguns produtos	12 (27,27%)	10 (41,67%)	22 (32,36%)
d. Sempre ou quase sempre, para todos os produtos	12 (27,27%)	4 (16,67%)	16 (23,53%)

Fonte: Autora (2022)

Em relação ao QHCA, os participantes obtiveram pontuação média de 14 pontos, sendo que 52 (76,47%) indivíduos ficaram com escore abaixo de 17 pontos, ou sejam, indicam que não há compulsão alimentar, 16 (23,53%) classificaram compulsão moderada, sendo que 5 tiveram recidiva de peso controlada ou recidiva e 11 apenas ganho do peso esperado, e nenhum respondentes foi apontado como compulsão alimentar grave.

A tabela 9, apresenta a distribuição dos participantes segundo a subescala de alimentação restrita em relação a classificação sobre o ganho de peso pós-cirurgia.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo a alimentação restrita em relação ao ganho de peso esperado ou recidiva controlado e/ou não.

Questionário Holândes do Comportamento Alimentar	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Quando você tem que se pesar, come menos do que normalmente comeria?			
Sim	7 (15,91%)	2 (8,33%)	9 (13,23%)
Não	37 (84,09%)	22 (91,67%)	59 (86,79%)
Você tenta comer menos do que gostaria de comer nos horários das refeições?			
Sim	18 (40,91%)	15 (62,5%)	33 (48,53%)
Não	26 (59,09%)	9 (37,5%)	35 (51,47%)
Você recusa comida ou bebida oferecidos a você por estar preocupado(a) com seu peso?			
Sim	21 (47,73%)	13 (54,16%)	34 (50%)
Não	23 (52,27%)	11 (45,83%)	34 (50%)
Você presta atenção no que come?			
Sim	36 (81,82%)	15 (62,5%)	51 (75%)
Não	8 (18,18%)	9 (37,5%)	17 (25%)
Você se alimenta de comidas que são pouco engordativas?			
Sim	34 (77,27%)	16 (66,67%)	50 (73,53%)
Não	10 (22,73%)	8 (8,33%)	18 (26,47%)
Quando come muito em um dia, você come menos que o habitual nos dias seguintes?			
Sim	26 (59,09%)	15 (62,5%)	41 (60,29%)
Não	18 (40,91%)	9 (37,5%)	27 (39,71%)
Você come menos com o objetivo de ficar mais magro?			
Sim	19 (43,18%)	16 (66,67%)	35 (51,47%)
Não	25 (56,82%)	8 (8,33%)	33 (48,53%)
Você considera seu peso proporcional ao que você come (Exemplo: Se é magro(a) porque come pouco ou gordo(a) porque come muito)?			
Sim	25 (56,82%)	10 (41,67%)	35 (51,47%)
Não	19 (43,18%)	14 (58,33%)	33 (48,53%)

Fonte: Autora (2022)

Na tabela 10, está os resultados da subescala de alimentação externa para avaliação da compulsão.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo a alimentação externa em relação ao ganho de peso esperado ou recidiva controlado e/ou não.

Questionário Holânde do Comportamento Alimentar	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Se a comida é saborosa, você come mais que o habitual?			
Sim	19 (43,18%)	10 (41,67%)	29 (42,65%)
Não	25 (56,82%)	14 (58,33%)	39 (57,35%)
Se a comida cheirar bem e lhe parecer gostosa, você come mais que o habitual?			
Sim	19 (43,18%)	9 (37,5%)	28 (41,18%)
Não	25 (56,82%)	15 (62,5%)	40 (58,82%)
Se você vê ou sente o cheiro de algo delicioso, tem desejo de comê-lo?			
Sim	31 (70,45%)	18 (75%)	49 (72,06%)
Não	13 (29,55%)	6 (25%)	19 (27,94%)
Se você tem algo delicioso ao seu alcance para comer, você come imediatamente?			
Sim	15 (34,09%)	14 (58,33%)	29 (42,65%)
Não	29 (64,91%)	10 (41,67%)	39 (57,35%)
Se você vê os outros comendo, também quer comer?			
Sim	13 (29,55%)	8 (33,33%)	21 (30,88%)
Não	31 (70,45%)	16 (66,67%)	47 (69,12%)
Você come mais que o usual quando vê os outros comendo?			
Sim	7 (15,91%)	2 (8,33%)	9 (13,24%)
Não	37 (84,09%)	22 (91,67%)	59 (86,76%)
Ao preparar uma refeição você fica inclinado(a) a comer alguma coisa gostosa?			
Sim	20 (45,45%)	14 (58,33%)	34 (50%)
Não	24 (54,55%)	10 (41,67%)	34 (50%)
Ao passar perto de uma padaria, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?			
Sim	19 (43,18%)	11 (45,83%)	30 (44,12%)
Não	25 (56,82%)	13 (54,17%)	38 (55,88%)
Ao passar perto de uma lanchonete, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?			
Sim	20 (45,45%)	11 (45,83%)	31 (45,59%)
Não	24 (54,55%)	13 (54,17%)	37 (54,41%)
Você consegue deixar de comer alimentos gostosos?			
Sim	34 (77,27%)	19 (79,17%)	53 (77,94%)
Não	10 (22,73%)	5 (20,83%)	15 (22,06%)

Fonte: Autora (2022)

Em relação a alimentação emocional, foi identificado que a maioria dos bariátricos participantes comem quando se sentem triste (72,06%) e/ou ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a) (70,59%), conforme exposto na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo a alimentação emocional em relação ao ganho de peso esperado ou recidiva controlado e/ou não.

Questionário Holândes do Comportamento Alimentar	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Como quando se sente			
Irritado	17 (38,64%)	7 (29,17%)	24 (35,29%)
Quando não tem nada para fazer	18 (40,91%)	11 (45,83%)	29 (42,65%)
Deprimido(a) ou desanimado(a)	17 (38,64%)	13 (54,17%)	30 (44,12%)
Sozinho(a)	16 (36,36%)	3 (12,5%)	19 (27,94%)
Triste	33 (75%)	16 (66,67%)	49 (72,06%)
Mau humor	11 (25%)	7 (29,17%)	18 (26,47%)
Quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer	9 (20,45%)	5 (20,83%)	14 (20,59%)
Ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)	32 (72,73%)	16 (66,67%)	48 (70,59%)
Quando as coisas não estão dando certo	11 (25%)	9 (37,5%)	20 (29,41%)
Assustado(a)	4 (9,09%)	0 (0%)	4 (5,88%)
Desiludido(a)	3 (6,82%)	2 (8,33%)	5 (7,35%)
Perturbado(a)	16 (36,36%)	8 (33,33%)	24 (35,29%)
Chateado(a) ou impaciente	14 (31,82%)	12 (50%)	26 (38,23%)

Fonte: Autora (2022)

Em se tratando de acompanhamento nutricional e psicológico, foi observado que 41,2% (n=28) não fazem nenhum tipo de acompanhamento, 22,1% (15%) fazem com ambos, 32,4% (n=22) realizam apenas com nutricionista e 4,4% (n=3) somente com psicólogos, conforme gráfico 2. Observa-se abaixo aderência no acompanhamento psicológico tanto nos indivíduos que ganharam o peso esperado e os que tiveram recidiva controlada ou não, como descrito na tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes segundo o acompanhamento nutricional e psicológico em relação ao ganho de peso esperado ou recidiva controlado e/ou não.

Acompanhamento com nutricionista e/ou psicólogo atualmente	Ganho de peso esperado n=44 (%)	Com recidiva controlada ou recidiva n=24 (%)	Total de participantes n=68 (%)
Não	18 (40,9%)	10 (41,7%)	28 (41,2%)
Somente com Nutricionista	13 (29,5%)	9 (37,5%)	22 (32,4%)
Somente com Psicólogo	3 (6,8%)	0 (0%)	3 (4,4%)
Com ambos	10 (22,7%)	5 (20,8%)	15 (22,1%)

Fonte: Autora (2022)

4 DISCUSSÃO

Confirmando os achados deste estudo, as mulheres apresentaram maior prevalência de cirurgia bariátrica do que os homens. Segundo a SBCBM (2018), cerca de 70% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Brasil são mulheres, pois tendem a se preocupar mais com questões estéticas e/ou sociais e perda de qualidade de vida relacionada à obesidade.

O bypass gástrico é a técnica de cirurgia bariátrica mais utilizada no Brasil, equivalente a 75% das realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. Os pacientes que se submetem à esta técnica perdem cerca de 70% a 80% do seu excesso de peso inicial (SBCBM, 2017).

Ainda que a cirurgia bariátrica seja de grande eficaz para a perda de peso, há estudo que apontam o reganho de peso partir do segundo ano pós cirúrgico. Franques et al. (2011), enfatiza que alguns pacientes tendem a recuperar peso após este período devido à dificuldade de mudança no estilo de vida.

Vários fatores podem contribuir para o reganho de peso, como hábitos alimentares inadequados, distensão da bolsa gástrica, diminuição da atividade física e adaptação hormonal. A forma como um conjunto de fatores relacionados ao processo de perda de peso interage é o que determina os resultados a curto e longo prazo da cirurgia bariátrica (Bastos et al., 2013).

O recidiva de peso após a bariátrica reforça o conceito de que a obesidade é uma doença crônica e progressiva que não tem cura e requer tratamento específico mesmo após a cirurgia com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar (NOVAIS, LEITE e OLIVEIRA, 2010).

Como observado no estudo, a menos adesão aos acompanhamentos nutricionais e psicológicos refletem nos errôneos hábitos alimentares e, em alguns casos, na compulsão alimentar moderada. Afirmando que a cirurgia bariátrica não encerra o tratamento da obesidade, é apenas uma ferramenta que é eficaz quando agregadas a terapias auxiliares, por isso se faz necessário a presença de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento, como nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física. (Mendes et al., 2021)

No estudo foram apontados 16 indivíduos classificados como compulsão alimentar moderada. Considera-se o tratamento prévio da compulsão e/ou demais transtornos que possam ter associado à obesidade um procedimento importante para o sucesso da cirurgia, pois este comportamento pode prejudicar a manutenção da perda de peso em curto ou longo prazo (Machado et al., 2008).

5 CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica é um dos modos mais eficientes na perda do peso corporal, mas com um possível reganho de peso significativo, como notado na pesquisa, principalmente após o segundo ano da cirurgia.

Além disso, o estudo demonstrou a falta de aderência a acompanhamento de nutricional e psicológico, hábitos e comportamentos alimentares errôneos, sedentarismo, possível compulsões alimentares podem influenciar em uma recidiva de peso e, conseqüentemente, no insucesso da cirurgia a médio e longo prazo.

Neste estudo não é possível apontar quais os comportamentos mais favorecem o reganho de peso, tendo em visto, que o percentual dos indivíduos da amostra que apresentaram esta ocorrência não ter sido grande e os resultados não terem sido tão distintos dos indivíduos que tiveram ganho de peso esperado. A partir disso, evidencia-se a necessidade de realização de novos estudos com hábitos e comportamentos alimentares, para entender relações mais intrínsecas com a recidiva de peso.

REFERÊNCIAS

Artigos

1. Pinheiro, Anelise Rízzolo de Oliveira, Freitas, Sérgio Fernando Torres de e Corso, Arlete Catarina Titttoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição* [online]. 2004, v. 17, n. 4 [Acessado 22 Junho 2021], pp. 523-533. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>>. Epub 17 Feb 2005. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>.
2. FREIRE, R.H., BORGES, M.C., ALVAREZ-LEITE, J.I. et al. Food quality, physical activity and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric Bypass. *Nutrition*, v.28, p.53-58, 2012.
3. GUEDES JR., D. P. et. al. Hipertrofia muscular: a ciência na prática em academias / Dilmar P. Guedes Jr., Alexandre C. Rocha, Cauê V. La Scala Teixeira, Krom M. Guedes e Rodrigo Pereira da Silva – São Paulo: CREF4/SP, 2018.
4. KALARCHIAN MA, MARCUS MD. Psychosocial Interventions Pre and Post Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev*, v. 23, n.6, p.457–62, 2015.
5. KORTCHMAR, Estela et al. Reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 417-422, July 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400417&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 29 abr. 2021.
6. MAURO, Maria Francisca F. P. et al. O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no reganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 221-224, Oct. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000400221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Abr. 2021
7. RAMIRES, E. K. N. M. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes de um município do semiárido do Nordeste brasileiro. *Rev Paul Pediatr*. V. 32, n.3, p.200–207.2014.
8. WHO - World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Acesso em: 29 abr. 2021.
9. JESUS, Aline Dantas de. et al. Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo, v. 11. n. 63. p. 187-196. Maio/jun., 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/516/431>>. Acesso em 29 abr. 2021.
10. SILVA, Renata Florentino da; KELLY, Emily de Oliveira. Reganho de peso após o segundo ano do Bypass gástrico em Y de Roux. *Comun. ciênc. saúde*;24(4):341-350, out.-dez. 2013.
11. Wardle, J. "Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders." *Journal of psychosomatic research* vol. 31,2 (1987): 161-9. doi:10.1016/0022-3999(87)90072-9.
12. NOGUEIRA DE ALMEIDA, Graziela Aparecida; LOUREIRO, Sonia Regina e DOS SANTOS, José Ernesto. Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida. *ALAN* [online]. 2001, vol.51, n.4, pp.359-365. ISSN 0004-0622.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

14. COSTA, D. Eficiência do Acompanhamento Nutricional no Pré e Pós-operatório da Cirurgia Bariátrica. RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 7, n. 39, 21 jul. 2013.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Alimentar - Como Ter uma Alimentação Saudável. 1.ed. Brasília-DF, 2013.
16. BASTOS, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, *arq. bras. cir. dig.* [online]. 2013, vol.26, suppl.1, pp.26-32. ISSN 0102-6720. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>.
17. BARROS, L. M.; FROTA, N. M.; MOREIRA, R. A. N.; BRANDÃO, M. G. S. A.; CAETANO, J. A. Mudanças de hábitos de vida de pacientes em pós-operatório da cirurgia bariátrica. RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 12, n. 74, p. 812-819, 15 nov. 2018.
18. CASTANHA, Christiane Ramos et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, e1864, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000300158&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2021. Epub July 16, 2018. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181864>.
19. Bastos, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2013, v. 26, suppl 1 [Acessado 01 Junho 2022], pp. 26-32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>>. Epub 24 Jan 2014. ISSN 2317-6326. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>.
20. Franques, A. R. M, Pacheco, E, Belfort, M.O, & Gomes, S. (2011). O reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Em: A. R. M. Franques, & M. S. A. Arenales-Loli. (Org.). Novos corpos, novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório de cirurgia da obesidade (pp. 263-272). São Paulo: Vetor
21. MENDES, J. M. S. ; LOTUFO NETO, F.; QUEIROGA, M. C.; LIMA, A. B. A. C. de .; ABRANTES, M. S. de A. P.; FONSECA, E. N. R. da. Psychopathological profile of late bariatric individuals and it's association with weight regain . Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e521101119872, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19872. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19872>. Acesso em: 01 jun. 2022.
22. Machado, Cristiane Evangelista et al. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2008, v. 21, n. 4 [Acessado 01 Junho 2022], pp. 185-191. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000400007>>. Epub 23 Set 2010. ISSN 2317-6326. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000400007>.
23. Lima, L.S. Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade de Brasília, 2012.
24. de Jesus, A. D., Barbosa, K. B. F., de Souza, M. F. C., & Conceição A. M. dos S. (2017). Comportamento alimentar de pacientes de pré e pós-cirurgia bariátrica. RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, 11(63), 187-196. Recuperado de <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/516>

Referenciando livros e teses

25. BIRCK, Michele Daiane. “Comer para preencher”: uma compreensão psicológica do reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Tese (Tese de mestrado em nutrição

- humana) - Programa De Pós-Graduação Em Nutrição Humana. Brasília. Universidade de Brasília. 2017.
26. LIMA, Laís da Silva. Comportamento alimentar e qualidade de vida após 24 meses de cirurgia bariátrica. Tese (Tese de doutorado em psicologia) - Programa De Pós-Graduação Em Psicologia Clínica E Cultura. Rio de Janeiro Universidade Federal Fluminense 2012.

Referenciando websites

27. MINISTERIO DA SAÚDE. Má alimentação causa obesidade infantil. 2019. Disponível em:<
<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45982-ma-alimentacao-causa-obesidade-infantil>> Acesso em 01 mai. 2021.

ANEXO/APÊNDICES

ANEXO A - Questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA), validado por Wardle (1987), traduzido e adaptado para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001).

Por favor, responda a todas as questões.

Alimentação Restrita:

- 1) Quando você tem que se pesar, você come menos do que normalmente comeria?
☐SIM ☐NÃO
- 2) Você tenta comer menos do que gostaria de comer nos horários das refeições?
☐SIM ☐NÃO
- 3) Você recusa comida ou bebida oferecidos a você por estar preocupado(a) com seu peso?
☐SIM ☐NÃO
- 4) Você observa (presta atenção) o que você come?
☐SIM ☐NÃO
- 5) Decididamente, você come comidas que são poucas “engordativas”?
☐SIM ☐NÃO
- 6) Ao comer muito em um dia você come menos que o habitual nos dias seguintes?
☐SIM ☐NÃO
- 7) Decididamente você come menos com o objetivo de não ficar mais pesado(a)?
☐SIM ☐NÃO
- 8) Você tenta não comer entre as refeições por que está observando seu peso?
☐SIM ☐NÃO
- 9) Você tenta não comer a noite por que está observando seu peso?
☐SIM ☐NÃO
- 10) Você considera seu peso de acordo com o que você come?
☐SIM ☐NÃO

Alimentação Emocional:

- 11) Você tem vontade de comer quando está irritado(a)?
☐SIM ☐NÃO
- 12) Você tem vontade de comer quando não tem nada para fazer?
☐SIM ☐NÃO
- 13) Você tem vontade de comer quando está deprimido(a) ou desanimado(a)?
☐SIM ☐NÃO
- 14) Você tem vontade de comer quando está se sentindo sozinho(a)?
☐SIM ☐NÃO
- 15) Você tem vontade de comer quando alguém deixa você triste?
☐SIM ☐NÃO

- 16) Você tem vontade de comer quando está de mau humor?
()SIM ()NÃO
- 17) Você tem vontade de comer quando alguma coisa desagradável está prestes acontecer?
()SIM ()NÃO
- 18) Você tem vontade de comer quando está ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)?
()SIM ()NÃO
- 19) Você tem vontade de comer quando as coisas não estão dando certo?
()SIM ()NÃO
- 20) Você tem vontade de comer quando está assustado(a)?
()SIM ()NÃO
- 21) Você tem vontade de comer quando está desiludido(a)?
()SIM ()NÃO
- 22) Você tem vontade de comer quando está emocionalmente perturbado(a)?
()SIM ()NÃO
- 23) Você tem vontade de comer quando está chateado(a) ou impaciente?
()SIM ()NÃO

Alimentação Externa:

- 24) Se a comida é saborosa, você come mais que o habitual?
()SIM ()NÃO
- 25) Se a comida cheirar bem e lhe parece boa, você come mais que o habitual?
()SIM ()NÃO
- 26) Se você vê ou sente cheiro algo delicioso, tem desejo de comê-lo?
()SIM ()NÃO
- 27) Se você tem algo delicioso para comer, você come imediatamente?
()SIM ()NÃO
- 28) Se você vê outros comendo, você também quer comer?
()SIM ()NÃO
- 29) Você come mais que o usual quando vê outros comendo?
()SIM ()NÃO
- 30) Ao preparar uma refeição você fica inclinado(a) a comer alguma coisa gostosa?
()SIM ()NÃO
- 31) Ao passar perto de uma padaria, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?
()SIM ()NÃO
- 32) Ao passar perto de uma lanchonete, você fica com vontade de comprar alguma coisa gostosa?
()SIM ()NÃO
- 33) Você consegue deixar de comer alimentos gostosos?
()SIM ()NÃO

TESTE: COMO ESTÁ A SUA ALIMENTAÇÃO?

Para pessoas entre 20 e 60 anos de idade

- Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando come.
- Lembre-se: responda o que você realmente come, e não o que gostaria ou acha que seria melhor.
- Se você tiver alguma dificuldade para responder, peça ajuda a alguém próximo da família, amigo ou vizinho.
- Escolha só UMA resposta. Vamos começar!

1 – Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedacão/copo de suco natural) que você come por dia?

- a. ☐ Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- b. ☐ 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c. ☐ 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d. ☐ 1 unidade/fatia/pedacão/copo de suco natural

2 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?

Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).

- a. ☐ Não como legumes, nem verduras todos os dias

- b. () 3 ou menos colheres de sopa
- c. () 4 a 5 colheres de sopa
- d. () 6 a 7 colheres de sopa
- e. () 8 ou mais colheres de sopa

3 – Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a. () Não consumo
- b. () 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c. () Consumo menos de 5 vezes por semana
- d. () 1 colher de sopa ou menos por dia

4 – Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: _____ colheres de sopa
- b. Pães: _____ unidades/fatias
- c. Bolos sem cobertura e/ou recheio: _____ fatias
- d. Biscoito ou bolacha sem recheio: _____ unidades

5 – Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- a. ☐ Não consumo nenhum tipo de carne
- b. ☐ 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- c. ☐ 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- d. ☐ Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6 – Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não
- c. ☐ Não como carne vermelha ou frango

7 – Você costuma comer peixes com qual frequência?

- a. ☐ Não consumo
- b. ☐ Somente algumas vezes no ano
- c. ☐ 2 ou mais vezes por semana
- d. ☐ De 1 a 4 vezes por mês

8 – Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- a. ☐ Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)

- b. () 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- c. () 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- d. () 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9 – Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- a. () Integral
- b. () Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou *light*)

10 – Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. () Raramente ou nunca
- b. () Todos os dias
- c. () De 2 a 3 vezes por semana
- d. () De 4 a 5 vezes por semana
- e. () Menos que 2 vezes por semana

11 – Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. ☐ Raramente ou nunca
- b. ☐ Menos que 2 vezes por semana
- c. ☐ De 2 a 3 vezes por semana
- d. ☐ De 4 a 5 vezes por semana
- e. ☐ Todos os dias

12 – Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a. ☐ Banha animal ou manteiga
- b. ☐ Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c. ☐ Margarina ou gordura vegetal

13 – Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- a. ☐ Sim
- b. ☐ Não

14 – Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

Assinale no quadro abaixo as suas opções. Cada item vale um ponto, a pontuação final será a soma deles.

	NÃO (0)	SIM (1)
Café da manhã		
Lanche da manhã		
Almoço		
Lanche ou café da tarde		
Jantar ou café da noite		
Lanche antes de dormir		
Pontuação		

15 – Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- a. ☐ Menos de 4 copos
- b. ☐ 8 copos ou mais
- c. ☐ 4 a 5 copos
- d. ☐ 6 a 8 copos

16 – Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- a. ☐ Diariamente
- b. ☐ 1 a 6 vezes na semana

- c. ☐ Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- d. ☐ Não consumo

17 – *Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?*

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- a. ☐ Não
- b. ☐ Sim
- c. ☐ 2 a 4 vezes por semana

18 – *Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?*

- a. ☐ Nunca
- b. ☐ Quase nunca
- c. ☐ Algumas vezes, para alguns produtos
- d. ☐ Sempre ou quase sempre, para todos os produtos